

Geneva

1726

Lane Medical Library

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
DEUXIÈME SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL CANTONAL DE GENÈVE
CHIRURGIEN EN CHEF : D^r C. CORNIOLEY

CONTRIBUTION

à l'étude de la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Girard modifié.

THÈSE

présentée par

ROGER HOFFMANN

Ancien interne du II^{me} Service de chirurgie
Genève

Ancien interne de chirurgie de l'Hôpital Cantonal
Aarau

Thèse N^o 1196.

GENÈVE

IMPRIMERIE JENT, S. A. RUE NECKER. 9-11
Maison attitrée à la Société Coopérative d'impression
1926

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
DEUXIÈME SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL CANTONAL DE GENÈVE
CHIRURGIEN EN CHEF : D^r C. CORNIOLEY

CONTRIBUTION

à l'étude de la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Girard modifié.

THÈSE

présentée par

ROGER HOFFMANN

Ancien interne du II^{me} Service de chirurgie
Genève

Ancien interne de chirurgie de l'Hôpital Cantonal
Aarau

Thèse N° 1196.

GENÈVE
IMPRIMERIE JENT, S. A., RUE NECKER, 9-11
Maison attitrée à la Société Coopérative d'impression
1926

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Docteur C. Cornioley, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 19 juin 1926.

LE DOYEN :
H. CRISTIANI

Je tiens à adresser ici l'expression de ma vive reconnaissance à M.
le Dr CORNIOLEY. C'est lui qui m'a initié dans cet art magnifique mais
difficile de la chirurgie. Ce fut mon « maître ».



Digitized by the Internet Archive
in 2026

« On peut dire actuellement sans exagérer sa pensée qu'un hernieux est un infirme. Les divers procédés opératoires connus permettent, avec un maximum de chance, une guérison complète ».

HISTORIQUE

De tout temps la hernie a été une manifestation pathologique de notre corps combattue par la science.

Hypocrate, déjà, avait eu une juste notion de ce qu'était une hernie. Il en établit différentes espèces : inguinale, inguino-scrotale, ombilicale. Puis, MEGES, SOSTRATE, GEORGAS et HERON s'intéressèrent plus particulièrement aux hernies ombilicales. CELSE, qui vécut sous les empereurs Auguste et Tibère, décrivit spécialement les « descente de l'aîne et du scrotum ».

Jusqu'au XVIII^{me} siècle, quantités d'auteurs, tels que ROGER DE PARME, FULGINAS, GEIGERAS, MEYRUS, les FABRICES, se sont occupés des hernies. Leurs descriptions, et non leurs traitements, intéressaient ces hommes de science. La thérapeutique se résumait en quelques interventions plus ou moins brutales. Les uns s'efforçaient de réduire le sac herniaire par le « taxis » et à l'aide d'un caustique provoquaient une escharre de la région inguinale ; puis, par des pansements, espéraient la formation d'une cicatrice qui s'opposerait à une nouvelle descente des viscères abdominaux. D'autres, par contre, préféraient utiliser des fils de lin ou mieux de métal. Après avoir refoulé le contenu du sac, ils fermaient à l'aveugle l'orifice du canal inguinal. Un fil traversait le bord supérieur et inférieur de cet orifice et perforait également, au devant du cordon spermatique, le sac herniaire invaginé.

L'une des premières opérations radicales décrites fut celle de CELSE. Celui-ci, après avoir ouvert le scrotum, sectionnait le sac vidé de son contenu par refoulement, ligaturait le cordon spermatique et achevait son intervention par une castration.

Le succès de cette opération fit naître toute une série de charlatans, auxquels on donna le nom de « châtans ».

CONSTANTIN, le premier empereur chrétien, édicta une loi par laquelle tous ceux qui s'aviseraient de faire cette opération seraient condamnés au bannissement ou même à la peine de mort.

Chez les Arabes, les « inciseurs ambulants » pratiquaient la mutilation génitale complémentaire de la cure herniaire.

La mortalité, la crainte d'être estropié, les lois, donnèrent au bandage d'acier une grande vogue. Il supplanta, au XVIII^{me} siècle,

la cure radicale. Néanmoins, des tentatives chirurgicales isolées furent pratiquées. Pour LAVRENCE, la réduction de la hernie et la résection du sac ne paraissaient plus être le point essentiel. Il constatait la fréquence des récidives et déplorait qu'on ne pût resserrer le canal inguinal. Il aurait voulu refaire une paroi abdominale solide.

Avec l'antisepsie, l'audace des chirurgiens renaît, et en 1877 un Anglais STEELE, suivi bientôt d'une foule d'auteurs tels que SCHEDE, NUSSBAUM, SOCIN CZERNY, et le Français J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, fait une campagne en faveur de la cure radicale. La lutte était ardue, même à la Société de chirurgie, un non-interventionniste estimait que l'opérateur était passible de la Cour d'Assises.

Quel est le chirurgien du XIX^{me} siècle, sorti de l'ombre, qui n'ait attaché son nom à la cure radicale ? Chaque praticien, selon son génie, imagina un procédé ou un perfectionnement opératoire. Leur grand ennemi à tous était la récidive, et c'est contre elle que luttait l'ingéniosité des chirurgiens.

En 1883 parut, à Paris, la thèse de Paul SEGOND. Il étudia toutes les méthodes décrites et montra l'évolution de la technique opératoire depuis ses débuts jusqu'à son époque.

Malgré l'antisepsie, Théophile ANGER préférait une suppuration superficielle. Son idée pouvait avoir quelques partisans, car il est hors de doute qu'une cicatrisation lente laisse à sa suite beaucoup de tissu fibreux, ce qui, à l'occasion, peut avoir son utilité. Mais faut-il la présence de microbes pour fermer une plaie *per secundam* et obtenir ce résultat ? MAC BURNEY rapprochait le tendon conjoint de l'arcade crurale par quelques points de suture. Puis, pour s'assurer un tissu solide, maintenait sa plaie ouverte, la cicatrisation se faisait par bourgeonnement aseptique.

Ces opérations, dont la guérison se faisait attendre, furent bientôt abandonnées et la cicatrisation *per primam* seule subsista.

Citons quelques exemples de technique : certains auteurs comme LE DENTU, préféraient respecter le canal inguinal ; ils se contentaient de resserrer l'aponévrose du grand oblique en la plissant. FELIZET, MITCHELL BANKS, rapprochaient les piliers par quelques points de suture. D'autres enfin, avivaient les bords de l'orifice inguinal pour obtenir des adhérences et une oblitération de l'anneau.

Ces méthodes, simples d'exécution, respectaient la paroi antérieure du canal inguinal. De nos jours, elles s'appliqueraient tout au plus à un nombre restreint de cas : un relâchement de l'aponévrose du grand oblique, une faiblesse des parois abdominales, ou encore à une pointe de hernie dépourvue de sac.

Telles étaient les méthodes en vogue à cette époque héroïque de la chirurgie. Malheureusement, elles ne s'opposaient guère aux récidives. Pour empêcher la presse abdominale de profiter d'une zone de moindre

résistance dans la région de l'orifice interne, il faut supprimer le canal inguinal ou renforcer ses parois. En outre, ouvrir le canal. C'est mettre son contenu à nu, travailler au grand jour, et être à même d'isoler consciencieusement le sac. D'autre part, si, suivant les auteurs, on veut refaire un canal, on peut trouver avec facilité les éléments nécessaires à cette reconstruction. La paroi postérieure du canal peut être renforcée et, de secondaire au point de vue importance, devenir essentielle.

Je me permettrai de citer brièvement encore quelques exemples de technique : L. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (le promoteur de la réfection du canal), se bornait à la suture par points en U des deux lambeaux du grand oblique. MUGNAI conservait les plans anatomiques en laissant le cordon sur le fascia transversalis. L'aponévrose du grand oblique et les muscles étaient suturés à l'arcade de Fallope en une seule série de points. La particularité de FERRARI était de dissocier le péritoine du fascia transversalis et d'y placer le cordon ; méthode nécessitant une dissection délicate des deux feuillets profonds du canal inguinal. Sa façon de suturer la paroi antérieure du canal se rapprochait de notre méthode. Il pratiquait deux plans distincts à la soie.

BASSINI, par contre, dont la technique est encore utilisée un peu partout, veut un canal résistant dans sa paroi postérieure ; c'est ainsi qu'il rapproche le tendon conjoint de l'arcade par des points séparés. Le cordon repose sur un plan musculo-aponévrotique solide. Les lambeaux du grand oblique, réunis par un surjet, ferment la paroi antérieure.

Cette technique a été souvent modifiée : SCHWARTZ, pour mobiliser le tendon conjoint, souvent court, y pratique une incision longitudinale, ce qui lui permet de l'abaisser davantage. CROSTI incise en plus le fascia transversalis. Actuellement, à Aarau, BIRCHER imite BASSINI, mais, comme le faisait précédemment POSTEMPSKI, supprime le canal inguinal, le cordon repose sur le grand oblique suturé en gilet. Assurément, la paroi du canal n'en est que plus solide, mais le cordon est exposé à bien des traumatismes ; il faut, en outre beaucoup de doigté pour apprécier le degré de fermeture que doit avoir l'orifice de sortie du cordon. Enfin, HACKENBRUCH rapproche les deux lambeaux du grand oblique sans prendre les muscles du petit oblique et transverse, puis place le cordon entre les deux pans du gilet de Girard.

Comme on peut le voir, toutes ces techniques ne varient que par un point de détail. Que le cordon soit sous la peau, entre les deux pans du gilet, sous l'aponévrose du grand oblique, ou sous le fascia transversalis, ce qui importe ce sont : la solidité de la paroi musculo-aponévrotique et la protection du cordon et de ses vaisseaux.

GIRARD, comme tous les autres, avait sa méthode personnelle. C'est d'elle qu'est née notre technique. Pour lui, le cordon était à sa place

anatomique ; mais trois plans de suture fermaient la paroi antérieure du canal, soit : un plan comprenant les muscles petit oblique, transverse et les fibres de l'arcade de Fallope, un deuxième plan, formé de l'aponévrose du grand oblique et des mêmes fibres de l'arcade, puis enfin son gilet. Toutes ces sutures se faisaient au catgut. Deux erreurs sont, à mon avis, à relever dans cette méthode :

1. Trop de points tiraient sur l'arcade ; en effet, maintes fois celle-ci cédait, se dilacérait et, au lieu de consolider la paroi antérieure, présentait des orifices susceptibles de favoriser une récive.

2. Le catgut ne résiste que quelques jours ; c'est insuffisant pour permettre une cicatrisation complète. Il faut au moins de la soie ou mieux du crin de Florence.

TECHNIQUE DU PROFESSEUR GIRARD MODIFIÉE PAR LE DOCTEUR CORNIOLEY

Pour être clair il me faut décrire cette méthode dans son ensemble. L'incision cutanée, variable suivant la grandeur du sac herniaire, correspond à la bissectrice de l'angle formé par la ligne médiane et

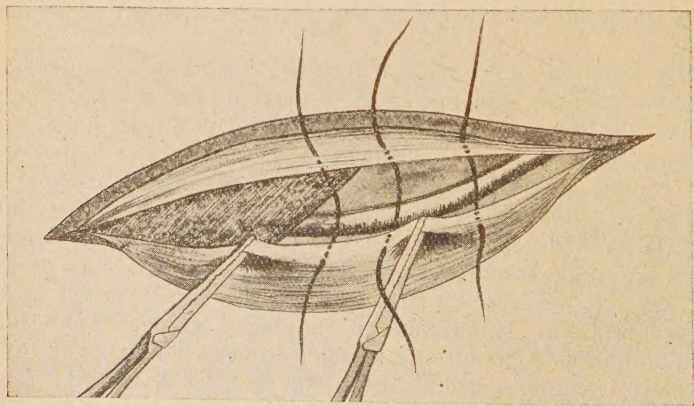


FIG. 1. — Premier temps de réfection du canal inguinal par le procédé de Girard modifié.

l'arcade de Fallope. Le bistouri met à nu l'aponévrose du grand oblique, Cette dernière est nettoyée de tout le tissu cellulo-graisseux à l'aide d'un tampon et sectionnée sur une sonde cannelée introduite dans

l'orifice inguinal superficiel. Au fur et à mesure, l'assistant repère les deux lambeaux aponévrotiques à l'aide de pinces de Kocher. Celles-ci sont écartées et le contenu du canal examiné. La recherche du sac, qu'il soit intrafuniculaire ou extrafuniculaire, que la hernie soit directe ou indirecte, se fait au tampon. Nous n'utilisons que très rarement le bistouri ou les ciseaux. Le point essentiel est de trouver le bon plan de clivage. Le sac isolé est ouvert à son extrémité ; son contenu, s'il existe, est examiné puis réintègre l'abdomen. Par transfexion, la base du sac est ligaturée au catgut. Après résection, nous pratiquons la manœuvre de BARKER qui consiste à suspendre, le plus haut possible, le moignon sous les muscles petit oblique et transverse.

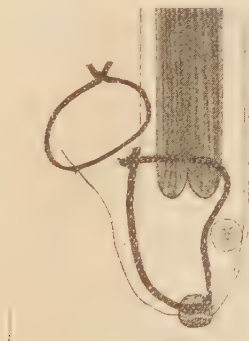


FIG. 2. — Coupe sagittale paramédiane du canal inguinal suturé selon la méthode de Girard modifiée.

La réfection du canal inguinal s'opère de la façon suivante : deux ou trois pinces de Kocher soulèvent le ligament de Poupart sur la face interne de l'aponévrose du grand oblique. Le cordon est laissé à sa place anatomique, c'est-à-dire sur le fascia transversalis. Avec l'aiguille courbe de Reverdin on charge le Poupart puis, passant sur le cordon, on traverse successivement le transverse, le petit oblique et le lambeau aponévrotique abdominal du grand oblique. Au crin simple ou mieux double, l'opérateur rapproche les deux parois du canal. Ces points sont distants de 1 à 1 1/2 centimètre. Il est de toute importance de commencer la suture le plus loin possible en haut et en dehors ; une récurrence par éversion à ce niveau sera de la sorte exclue. Du côté de l'orifice inguinal superficiel il importe de ne pas resserrer trop l'anneau néoformé. La pulpe de l'index doit pouvoir pénétrer dans le canal inguinal.

Après ce premier temps de réfection, on procède à la formation du gilet de Girard. A la soie, par points séparés, le lambeau externe ou crural du grand oblique est rabattu sur le lambeau interne ou abdominal de cette aponévrose. De même qu'après le premier plan de suture, la dimension de l'orifice externe doit être vérifiée.

En principe, nous ne drainons jamais nos opérés. Deux points au catgut prenant les tissus sous-cutanés et le plan profond, suppriment tout espace mort prédisposant aux hématomes. Pour finir, agraphes sur la peau.

QUELS SONT LES AVANTAGES DE CETTE MÉTHODE ?

Comme je l'ai déjà dit, le cordon et son paquet vasculaire sont sous la protection d'une paroi épaisse. La technique opératoire est simple et rapide. L'orifice inguinal superficiel peut être rétréci à volonté. Autre point : le procédé offre un maximum de sécurité opératoire, car en soulevant le Poupart avec des pinces de Kocher, on l'éloigne des gros vaisseaux sous-jacents. Tout risque de les léser est donc écarté. GIRARD procédait à la réfection des plans profonds par deux séries de sutures. Cette multitude de points dans une même formation aponévrotique tendait, comme je l'ai du reste déjà dit plus haut, à en dissocier les fibres. La méthode du Dr CORNIOLEY comporte six points au maximum ; ceux-ci étant plus espacés dilasserrent d'autant moins le Poupart. Toutes les méthodes qui rapprochent simplement les deux lambeaux du grand oblique par un surjet ou même des points séparés, ne font que créer, sous la peau, un bourrelet souvent peu résistant et toujours inesthétique. Le gilet au contraire, par ses deux couches aponévrotiques, renforce les parois antérieures. Depuis une année et demi, nous n'utilisons que le crin de Florence. Celui-ci a l'avantage de ne pas permettre la pullulation microbienne à sa surface, la soie, en revanche, se dissocie à la longue et faiblit.

INCONVÉNIENTS POSSIBLES DU PROCÉDÉ.

Un inconvénient qui, du reste, n'est pas une particularité de cette méthode, doit être signalé : c'est l'œdème — toujours passager — qu'on observe parfois au testicule, au cordon, voire au scrotum et même à la verge, dans les jours qui suivent l'opération. Il ne tient pas seulement au rétrécissement si utile de l'orifice superficiel, mais également au traumatisme subi par les vaisseaux du cordon pendant la libération du sac à la compresse. Lorsqu'il s'est produit, nous en avons toujours eu raison par des applications froides pendant deux à trois jours au maximum. Jamais nous n'avons constaté d'atrophie testiculaire tardive, de troubles douloureux ou fonctionnels.

Je dois encore signaler que quelques malades, dans les mois qui suivent l'opération, ressentent des picotements sous leur cicatrice. Ces phénomènes douloureux sont facilement explicables et évitables. Le crin de Florence, par sa rigidité, laisse après la formation du nœud, deux pointes acérées et dures. Il suffit de couper ces crins le plus près possible du nœud bien serré. En peu de temps, une capsule fibreuse entoure les extrémités de ce corps étranger.

STATISTIQUE DU DEUXIÈME SERVICE DE CHIRURGIE

Du 1^{er} octobre 1923, date à laquelle M. le Dr CORNIOLEY a pris la direction du service, au 15 décembre 1925, nous avons eu 76 malades atteints de hernies. Quelques-uns, à cause d'un état général trop précaire, d'autres, vu leur âge ou leurs infirmités concomitantes, ne furent pas opérés. Nous comptons 71 malades opérés, dont 69 hommes et deux femmes.

Vingt fois, la hernie fut bilatérale, vingt fois à gauche, et trente et une fois à droite. Soit un total de 91 opérations. Chez sept malades atteints de hernie double, l'un des côtés ne présentait pas de sac. Deux hospitalisés bilatéraux n'avaient de sacs ni à droite, ni à gauche. Six malades atteints unilatéralement n'avaient pas non plus de sac. Tous ces opérés présentaient des faiblesses plus ou moins marquées des canaux inguinaux. Quatorze hernies étaient inguino-scrotales. Cinquante-trois fois, elles furent inguinales avec des sacs variant de trois à dix centimètres de longueur. Nous avons eu donc dix-sept interventions pour faiblesses de paroi. Je dois encore signaler cinq malades qui se sont présentés avec des récidives ; je citerai plus loin leurs observations.

Sur nonante-et-une opérations, vingt-six ont été suturées à la soie ; c'est-à-dire que du 1^{er} octobre 1923 au 15 mars 1924, nous avons systématiquement utilisé la soie ; depuis cette date, toutes nos parois inguinales ont été suturées au crin de Florence. Le nombre de points varie avec le genre de hernie, ses dimensions et l'incision que l'on est obligé de faire dans l'aponévrose du grand oblique pour mettre à nu le cordon et le sac. Comme je l'ai déjà dit, nous ne dépassons pas le nombre de cinq à six points en moyenne. Une seule fois, après une laborieuse dissection pritonéo-épiploïque, nous avons drainé un canal pendant 24 heures par crainte d'un hématome. Ce drain fut du reste inutile.

QUELLE EST LA DURÉE DE L'HOSPITALISATION DE NOS MALADES ?

Il est très difficile de donner des chiffres exacts. En effet, plusieurs de nos hernieux étaient entrés dans le service pour des affections chirur-

gicales diverses : accidents, fractures, plaies, etc. Nous pouvons cependant dire qu'en moyenne le malade quitte l'Hôpital 12 à 15 jours après l'intervention.

Quant aux suites opératoires, elles sont d'une grande simplicité. J'ai relevés les faits suivants : chez beaucoup d'opérés la température, le soir, ou le lendemain de l'opération, s'élève à 38 degrés. Cette légère hausse s'explique aisément par la résorption inévitable des tissus lésés par l'intervention. Plusieurs de nos malades ont eu une légère congestion pulmonaire ; grâce à des cataplasmes et des ventouses, celle-ci fut réduite à sa plus simple expression. D'infections, nous ne relevons que les observations citées plus loin.

J'ai eu l'occasion de revoir dernièrement la plupart de nos opérés. Les quelques rares malades que je n'ai pu examiner ont très obligeamment répondu aux questions que je leur faisais parvenir par écrit. Voici ce que j'ai pu constater : sur 71 malades, je n'ai retrouvé que 2 récidives. Tous les autres présentaient des plaies opératoires parfaites. Je n'ai vu ni kéloïdes, ni cicatrices vicieuses ou adhérentes. Chez tous j'ai recherché la perméabilité du canal inguinal ; c'était à peine si je pouvais y introduire la pulpe de mon doigt.

Pour être tout à fait impartial, je citerai les observations des cas dits « malheureux ». J'espère éviter ainsi cette fameuse phrase : « On ne publie que ses beaux cas ».

OBSERVATIONS DES DEUX OPÉRÉS QUI ONT RECIDIVÉ

1. F. G. âgé de 18 ans, entre au deuxième service en janvier 1924. Rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Au sommet gauche, nous trouvons un foyer fibreux.

Le 11 décembre, en soulevant une charge de 60 kilos, il sent une douleur dans la région inguinale droite et remarque une tuméfaction à cet endroit. Continue son travail sans bandage.

Lorsque le malade se présente chez nous, sa hernie a la dimension d'un œuf de poule.

Le 22 janvier 1924, opération. Quatre points séparés à la soie ferment le canal inguinal.

Les suites opératoires sont normales ; la température ne dépasse jamais 37,8. Il quitte l'hôpital le 4 février. Cicatrice p. p. Comme à tous nos opérés, nous lui recommandons un minimum de 15 jours de repos.

Au début de juin 1925, j'ai revu ce malade. Il me raconte que pour des raisons pécunières, il a dû reprendre immédiatement le travail. Au bout de quelques semaines, il a vu apparaître, à droite une tuméfaction légèrement douloureuse et réductible. En l'examinant, on constate

effectivement une récurrence localisée à la partie supéro-externe du canal inguinal. Il est impossible d'introduire le doigt dans l'orifice inguinal superficiel.

Le 11 juin 1925, réintervention, en anesthésie locale ; excision de l'ancienne cicatrice, mise à nu du gilet de Girard. Ce dernier est solide, mais en l'incisant, on se trouve en présence d'un canal inguinal dilaté contenant un sac herniaire de 5 centimètres de longueur. Après ablation du sac et sa suspension, nous refermons le canal selon notre méthode au crin double.

Les suites opératoires sont normales ; le deuxième jour, la température monte à 37,4.

J'ai revu ce malade depuis lors : guérison.

2. F. P., âgé de 49 ans, entre dans le service en mai 1924. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

À la fin d'avril 1924, le malade, après un effort, remarque l'apparition d'une hernie inguinale gauche. On introduit facilement le doigt dans son canal. La toux fait sentir une petite hernie de la grosseur d'une noix.

Le 8 mai, opération en anesthésie locale. La paroi antérieure du canal est suturée par quatre points à la soie.

Les suites opératoires sont normales. La température monte un seul jour à 38 degrés.

Le neuvième jour se lève, et quitte l'hôpital le treizième jour.

Lorsque j'ai revu ce malade en automne 1925, il m'a raconté que trois mois après sa sortie de l'hôpital, il a senti des picotements au niveau de l'opération et peu à peu a vu réapparaître sa hernie. J'ai en effet, constaté un canal inguinal imperméable, mais une saillie anormale au niveau de l'aponévrose du grand oblique. Ne pouvant rentrer à l'hôpital pour se faire opérer, je lui ai conseillé un bandage. Actuellement, n'a pas encore été réopéré.

OBSERVATIONS D'OPÉRÉS AYANT DONNÉ LIEU A DES COMPLICATIONS

1. A. B., âgé de 64 ans, entre dans le service en janvier 1925. Dans ses antécédents héréditaires et personnels, rien à signaler. En examinant le malade, nous constatons : de l'emphysème pulmonaire, une légère arythmie cardiaque, un peu de pollakurie et une prostate légèrement augmentée de volume. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni éléments.

Début de la hernie inguinale droite, il y a six ans.

Le 24 janvier, intervention sous anesthésie locale.

Le 26 janvier, température 39 degrés. On note une forte congestion des deux bases.

Le 27 janvier, anurie, les bourses sont tuméfiées, rouges, sensibles.

Le 28 janvier, un examen du sang révèle 0,66 gr. d'urée, un Wa. négatif. La pression sanguine est au Pachon de 20-10 1/2. Saignée de 500 cm. cubes.

Le 2 février, on ouvre une grosse poche purulente sous-cutanée, située à la partie supérieure de la cicatrice. Drainage et irrigation au Dakin.

Le 3 février, nous sommes obligés d'inciser les bourses ; il s'en écoule un pus jaune contenant du staphylocoque.

Le 10 février, incision d'un abcès au voisinage de l'épine iliaque droite.

Jusqu'au début de mars, la température oscille entre 37 et 38 degrés. Le cœur est soutenu par des tonicardiaques. L'anurie combattue par des diurétiques et spécialement du theobryl. Désinfection des voies urinaires avec de l'urotropine.

Le 2 mars, la pression sanguine est de 14 1 2-9 1 2. L'urée sanguine 1,31, globules blancs 12.800. Le malade vomit tout ce qu'il ingère. Serum glucosé intra-veineux.

Enfin, grâce au Dakin, nous obtenons une cicatrisation complète des plaies.

Le 23 mars, le malade se lève et ne ressent aucune douleur dans l'aîne, le canal inguinal est solide.

Nous transférons le malade en médecine pour urémie. Un mois après, il quitte l'hôpital très amélioré.

Revu en 1926 : guérison de sa hernie.

4. J. H., 52 ans, entre dans le service en mai 1924, avec une hernie inguino-scrotale droite datant de son enfance.

Les status cardiaques, pulmonaire, digestif, nerveux et uro-génital ne présentent rien de particulier. Le canal inguinal droit est largement ouvert et laisse passer une volumineuse hernie à contenu épiploïque.

Le 8 mai, opération en anesthésie locale.

Le 13 mai, température 39,5, tuméfaction du canal inguinal, celui-ci est rouge et douloureux. On rouvre la plaie opératoire : aucune trace de pus ni d'hématome.

Les jours suivants, on remarque une coloration noirâtre des tissus sous-cutanés, avec odeur fétide. Curetage. Peu à peu la plaie bourgeonne et au bout d'un mois, le malade quitte l'hôpital guéri.

Revu en 1925 (automne) : cicatrisation parfaite, aucune trace de récurrence.

5. J. M., âgé de 77 ans, entre dans le service le 24 novembre 1923.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Au poumon, emphysème et foyers multiples de bronchite chronique. Hypertension artérielle, faciès congestionné.

Le malade ne sait quand aurait débuté sa hernie, mais il y a deux ans, un médecin la lui révéla à son grand étonnement. Depuis lors, elle augmente et atteint actuellement la dimension d'un poing. Elle est en outre irréductible.

Ce malade est mis au régime. Saignée de 500 cm. cubes. Iodure de potassium.

Le 17 décembre, la pression est tombée à la normale ; nous intervenons en anesthésie locale. Le sac volumineux contient 30 cm. de transverse. C'est avec beaucoup de difficulté qu'on arrive à lui faire réintégrer la cavité abdominale. Six points séparés à la soie ferment le canal inguinal.

Les jours suivants, la température oscille entre 37,5 et 38. La tension artérielle augmente ; on fait une nouvelle saignée de 400 cm. Vu l'hypostase pulmonaire, on décide de lever le malade le huitième jour.

Le 27 décembre se sent très bien. Apyretique, cicatrisation p. p. Mais brusquement, le 28 au matin, exitus par embolie pulmonaire.

OBSERVATIONS DES MALADES OPÉRÉS AILLEURS ET SE PRÉSENTANT CHEZ NOUS AVEC UNE RÉCIDIVE.

1. F. A., âgé de 40 ans. Opéré à Lausanne quelques années auparavant pour une hernie inguinale droite. Se présente chez nous en décembre 1923 avec une récidive datant de huit jours.

Opéré le 16 décembre 1923 ; on ne trouve pas de sac, mais une faiblesse de la paroi du canal inguinal. Ce dernier est suturé par quatre points séparés de la soie. Par la suite, aucune complication. Quitte l'hôpital guéri, 13 jours après l'intervention.

Revu en automne 1925 : guérison.

2. L. M., 29 ans, a été opéré en 1916 pour une hernie inguinale gauche. Quelques mois après, récidive ; il est réopéré à Thoune en 1917. Depuis février 1924, réapparition de sa hernie.

Opération dans notre service le 8 mai 1924. Après isolement du cordon et résection du sac, nous procédons à une plastique du canal à l'aide d'un morceau de fascia prélevé à la cuisse. Le canal est fermé à la soie par cinq points séparés. Aucune complication, ni locale, ni générale, dans les jours qui suivent. Quitte l'hôpital le dix-neuvième jour.

Revu en automne 1925 : guérison parfaite.

3. E. H., 20 ans. Au mois de décembre 1922 a été opéré d'une hernie inguinale droite. En août 1924, lors d'un effort, voit réapparaître sa hernie.

Intervention le 24 octobre 1924. En ouvrant le canal, on trouve une large éventration de la paroi postérieure, mais pas de sac. Réfection du canal et suture au crin par cinq points séparés. Aucune complication les jours suivants. Durée d'hospitalisation : 19 jours.

Revu en automne 1925 : imperméabilité du canal, guérison.

4. P. G., 60 ans, entre dans le service pour une mutilation de la main gauche. Le malade nous raconte avoir eu, en 1915, une hernie étranglée droite opérée par GIRARD. Nous constatons une récurrence de sa hernie et également une tuméfaction inguinale gauche.

Le 30 décembre 1924, intervention à droite. Suppression d'une hernie de la grosseur d'une orange. Suture du canal par six points séparés au crin. A gauche, cure radicale d'une hernie de même volume qu'à droite. Aucune complication les jours suivants. Quitte l'hôpital en janvier 1925.

Revu en automne 1925 : guérison complète.

5. O. O., 50 ans. Opéré en 1921 pour une hernie inguinale droite dans un service hospitalier de Genève. En février 1925, voit réapparaître sa hernie. Présente en outre une pointe de hernie à gauche.

Le 25 août 1925, intervention. On ne trouve pas de sac à droite, mais une faiblesse des parois du canal inguinal. Suture selon notre méthode au crin. Cure radicale gauche. Aucune complication les jours suivants. Quitte l'hôpital le 7 septembre, guéri.

Revu ce malade : solidité parfaite des parois inguinales.

DISCUSSION

Sur 91 hernies inguinales que nous avons opérées dans le service par le procédé que nous avons décrit, deux ont récidivé, soit un pourcentage de 2,2 %. Encore faut-il tenir compte du fait que dans le premier cas, le malade n'a pas suivi les recommandations qui lui avaient été faites et qu'il a trop tôt commencé à travailler. Là est peut-être la raison de sa récurrence.

Si nous comparons notre statistique à celle de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, portant sur 868 cas opérés par sa méthode, nous voyons que nous restons sensiblement à un pourcentage inférieur comme récurrence (LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : 3,6 %).

Le procédé que nous employons n'est pas plus difficile techniquement que le BASSINI, couramment employé, et présente plusieurs avantages sur le procédé de GIRARD, anciennement pratiqué à l'Hôpital cantonal de Genève, en particulier : sécurité absolue du côté des vaisseaux iliaques externes, utilisation mieux comprise de la résistance du ligament de Poupart, comme axe de soutien de la suture.

Nous n'avons, d'autre part, jamais observé de phénomènes graves de nécrose ischémique du testicule, comme dans d'autres procédés, où le cordon spermatique et ses vaisseaux sont serrés à l'extrême. Le fait de faire nos sutures avec du matériel non résorbable (crin de Florence), ne nous a pas paru amener plus de complications septiques qu'avec le catgut précédemment employé ; par contre, incontestablement, les sutures tiennent mieux qu'avec ce dernier matériel de suture. En tout cas, le chirurgien peut être plus tranquille à ce sujet.

Nous ferons remarquer d'autre part, que pour la majorité d'entre eux, nos opérés avaient atteint ou dépassé l'âge de 40 ans.

CONCLUSIONS

1. Des différents procédés de cure radicale de la hernie inguinale actuellement employés, le procédé de GIRARD modifié ultérieurement, nous paraît posséder certains avantages.

2. Les récidives paraîtraient moins fréquentes, à cause de l'emploi de matériel de suture non résorbable, à cause de la plus grande solidité ménagée au ligament de Poupert, du fait des sutures plus espacées que dans le procédé de GIRARD.

3. Ce procédé, techniquement, n'est pas plus compliqué que les autres, au contraire.

4. Il évite tout danger de lésions des vaisseaux iliaques externes, fait que nous avons trouvé relaté plusieurs fois, en parcourant la littérature.

BIBLIOGRAPHIE

- BASSINI. — *Langenbecks Archiv. f. Klini. Chirurgie*, vol. 40, p. 429.
BIER- BRAUN et KUMMEL. — Tome IV.
FERRARI. — *Gazetta degli ospedali*, 1895.
FERRARI. — Thèse de Paris, 1902.
GIRARD. — *Korrespondenzblatt f. Schweizer Arzte*, 1894, p. 186.
GUIBÉ. — *Chirurgie de l'abdomen*, 1921.
HACKENBRUCH. — *Munchener Med. Wochenschrift*, 1908, No 32.
HEINZMANN. — (Méthode de GIRARD). *Munchener Med. Wochenschrift*, 1909.
IMBERT. — *Précis de Thérapeutique chirurgicale*, 1905.
KOCHER. — *Chirurgische Operationslehre*, Jena, 1907.
LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*, tome XXV et tome VII.
LEGARS. — *Chirurgie d'urgence*.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *La cure radicale de la hernie inguinale*, Paris, 1909.
MARION. — *Technique chirurgicale*.
NÖTZEI. — (Opération de BASSINI). *Beiträge zur Klin. Chir.*, vol. 56, 1918.
PAUCHET. — *La pratique chirurgicale illustrée*, tome I et V.
SOCIN. — *Chirurgenkongress*, 1879.
Traité des hernies ou descentes, Paris, 1749 (MERCIER).
VILLAR. — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1894 et 1895.
-